TROUBLES DES PHANERES

ALOPECIE

Alopécie = raréfaction ou disparition des cheveux

Physiopathologie

Follicule pileux et cycle pilaire

- Phase **:** - **Phase de croissance** longue = **anagène** : **0,3 mm/jour** pendant **3 à 6 ans**
  - **Phase d'involution** = **catagène** : pendant **3 semaines**
  - **Phase de repos** = **télogène** : pendant **2 à 6 mois**
- Chute physiologique permanente : 30 à 150 cheveux/jour, variable d'un sujet à l'autre
- Le nombre de follicules actifs diminue avec l'âge
- **Androgène** = action inhibitrice (raccourcissement du cycle pilaire, miniaturisation des follicules pileux) : principalement la **dihydrotestostérone**, transformée par la **5α-réductase** (génétiquement déterminé)

Mécanisme d'alopécie

Génétique	= Congénitale : **aplasie, hypoplasie** ou **dysplasie pilaire**
Destruction du follicule	= Alopécie cicatricielle, irréversible - Exogène : **traumatisme, brûlure, radiodermite** - **Processus tumoral, infection** ou **inflammatoire** (pseudo-peladique : **lupus, lichen**)…
Modification de la croissance pilaire	= Alopécie diffuse aiguë ou chronique, non cicatricielle : - Trouble hormonal : **dysthyroïdie** - Carence : en **fer**, **folate**, **vitamine C** ou **cachexie** - Synchronisation brutale en phase terminale d'un grand nombre de follicules après un stress médical, chirurgical ou psychologique : **effluvium télogène** - Toxique : **thallium, chimiothérapie** - Infection : **folliculite mycosique (teigne)** ou **bactérienne** - **Trichotillomanie** (arrachage compulsif) - **Habitude de coiffage** (traction par chignon, brushing exagéré) - Réaction auto-immune : **pelade** - Régression du follicule sous influence hormonale : **alopécie androgéno-génétique**

Diagnostic

Int	- Différencier : - **Chute des cheveux récente et rapide** : pelade, effluvium télogène… - **Alopécie constituée, ancienne, chronique** - Contexte : âge (acquise ou congénitale), apparition aigu ou chronique, atcds endocriniens, antécédents familiaux d'alopécie androgéno-génétique, prise médicamenteuse, habitude cosmétique (défrisage, traction, coloration)
C	- Localisation : alopécie diffuse ou en zones (plaques) - Aspect du cuir chevelu : normal, ou squameux, pustule, cicatriciel scléreux, inflammatoire - Aspect des cheveux : **dysplasie pilaire** chez l'enfant (visible à l'œil nu) - Présence de cheveux cassés (trichotillomanie) ou dystrophiques (défrisage) - **Résistance à la traction : test de traction** - Atteinte des autres aires pileuses (pilosité faciale, corporelle) et des ongles (pelade, lichen) - **Examen à la lumière de Wood** en cas de lésion squameuse : recherche d'une fluorescence des plaques (teigne) - Chez la femme : **signes d'hyperandrogénie** = hirsutisme, acné… - Chez l'enfant : **syndrome génétique** = anomalie des ongles, des dents, examen neurologique
PC	- **Trichogramme** : morphologie en lumière polarisée, quantification des proportions de cheveux en phase anagène, catagène ou télogène sur différentes zones du cuir chevelu (normale : **anagène** > **catagène + télogène**)

Alopécie acquise non cicatricielle

Pelade

= ***Alopecia areata*** : alopécie en plaques, circonscrite, non cicatricielle, possiblement généralisée (**pelade décalvante**) et/ou atteignant l'ensemble des zones pileuses du corps et les ongles (**pelade universelle**)
- Evolution imprévisible : généralement repousse en plusieurs mois, parfois extension des plaques, récidive fréquente et imprévisible
- **Etiologie inconnue** : MAI dirigée contre les follicules pileux, parfois associée à d'autres affections auto-immunes (thyroïdite, vitiligo…) ou chez des sujets atopiques

C	- **Cuir chevelu normal**, ni squameux ni atrophique - Absence de cheveux sur une zone ronde/ovalaire de taille variable, ou persistance seulement des poils blancs (canitie brutale) - Atteinte unguéale : **micro-abrasion, strie longitudinale** de la tablette unguéale, **ongle « grésé »**
TTT	→ Aucun traitement réellement efficace - Forme limitée : **dermocorticoïdes, minoxidil** en solution 5%, **irritant local** - Forme étendue : **photothérapie** (PUVA ou UVB), **immunosuppresseur**, **bolus de corticoïde** (si pelade récente) de résultats inconstants et temporaires

<table>
<tr><td rowspan="5">Alopécie acquise non cicatricielle</td><td>Effluvium télogène</td><td colspan="3">= Chutes de cheveux non circonscrites, diffuses, avec cuir chevelu sain
- Souvent aiguë ou subaiguë, dans les 2 mois suivant un stress : post-partum, fièvre élevée, infection diverse, maladie inflammatoire, chirurgie, prise médicamenteuse…
- Effluvium télogène physiologique à un degré moindre : saisonnier en automne et au printemps
- Suivi d’une repousse normale : spontanément, rassurer sur le caractère transitoire
- Effluvium télogène chronique : chute des cheveux, avec raréfaction capillaire progressive sur plusieurs années, surtout chez les femmes aux cheveux fins ➝ rechercher une cause carentielle (ferritine sérique) ou une dysthyroïdie (TSH)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Alopécie androgéno-génétique</td><td colspan="3">- Interrogatoire : caractère héréditaire, début précoce possible (dans l’adolescence)</td></tr>
<tr><td>Chez l’homme</td><td colspan="2">- Alopécie circonscrite aux zones fronto-temporales (golfes temporaux), vertex puis tonsure, d’extension progressive, avec cuir chevelu sain
- Traduit un hyperandrogénisme physiologique : aucune exploration hormonale nécessaire</td></tr>
<tr><td>Chez la femme</td><td colspan="2">= Evolution lente, respecte la lisière frontale du cuir chevelu avec raréfaction ovale du vertex
Evoquer une hyperandrogénie si associé à hirsutisme, acné et/ou anomalies de cycle :
- A J5 du cycle : dosage de testostérone libre, 17-OH-progestérone (bloc surrénalien), Δ4-androstènedione, écho ovarienne (SOPK)
- Prise d’hormone à propriétés androgéniques : progestatif ou oestroprogestatif
Possiblement isolée, traduisant un hyperandrogénisme génétique</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">= Justifié par le retentissement esthétique et psychologique : traitement uniquement suspensif, efficace en 6 à 12 mois, non remboursé
- Homme : finastéride oral 1 mg/j (inhibiteur de la 5α-réductase, contre-indiqué chez la femme : risque de féminisation d’un fœtus masculin)
- Femme : anti-androgène (acétate de cyprotérone) + œstrogène, ou spironolactone
- Application locale de minoxidil à 2% (homme ou femme) ou 5% (réservé aux hommes)
- Greffe de follicules pileux</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Alopécie avec cuir chevelu lésionnel</td><td rowspan="3">Teigne dermato-phytique</td><td colspan="3">= Surtout chez l’enfant, rare chez l’adulte :
- Teigne microsporique = grandes plaques peu nombreuses, fluorescent à la lampe de Wood : Microsporidium canis (chat, chien)
- Teigne trichopytique (rare) = plaques plus nombreuses, plus petites : Trichophyton violaceum ou soudanense, d’origine humaine</td></tr>
<tr><td>Dg</td><td colspan="2">- Plaques alopéciques, avec cuir chevelu squameux et/ou cheveux cassés plus ou moins près du cuir chevelu
- Prélèvement mycologique des squames et des cheveux, orientés à la lumière de Wood : examen direct, culture sur milieu de Sabouraud (4 semaines)</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">- Griséofulvine : prise orale, en milieu de repas
- Examen de la fratrie ± des animaux si agent zoophile, avec traitement des sujets atteints
- Eviction scolaire non obligatoire, mais doit présenter un certificat médical attestant d’une consultation et d’un traitement adapté</td></tr>
<tr><td>Pseudo-pelade</td><td colspan="3">= Lésion érythémato-squameuse, inflammatoire ± infiltrées et papulo-pustuleuses :
- Etat pseudo-péladique = lupus érythémateux discoïde, lichen plan pilaire : infiltration lymphocytaire péri-annexielle
- Folliculite à PNN = folliculite décalvante : alopécie définitive
- Sarcoïdose
- Sclérodermie en plaques (morphée « en coup de sabre »)
- Métastase ou processus tumoral : tumeur annexielle, carcinome basocellulaire, lymphome
➝ Seule type d’alopécie justifiant une biopsie cutanée (centrées sur les lésions évolutives et récentes localisées à la périphérie des zones alopéciques)</td></tr>
</table>

ONYCHOPATHIE

- Atteinte matricielle : **dystrophie de la tablette unguéale**
- Atteinte du lit de l'ongle : **décollement** et/ou **épaississement des tissus sous-unguéaux**
- **Périonyxis** = atteinte des replis cutanés péri-unguéaux

➝ Atteinte d'un seul doigt : **phénomène local** (traumatisme, infection, tumeur)
➝ Atteinte de plusieurs doigts : suspecter une **dermatose** ou une **affection générale**

Physio

- **Tablette unguéale** : 1 mm/mois, renouvellement en **4 à 6 mois** aux doigts ou en **9 à 18 mois** aux orteils
- **Matrice unguéale** (dont la région distale est visible = **lunule**) : fabrication de la tablette unguéale, qui s'allonge sur le lit unguéal (structure rosée visible à travers la tablette)

➝ La tablette unguéale n'est pas adhérente à l'hyponychium (structure épidermique qui suit le lit de l'ongle)

Atteinte

Atteinte matricielle

Hyperstriation longitudinale

= **Sillons** (dépressions) et **crêtes** (relief) :
- **Physiologique** : fréquent, souvent associés à une fragilité unguéale distale
- Pathologique : **psoriasis**, **lichen**, **pelade**
- Dépression longitudinale unique (gouttière) : **tumeur du repli sus-unguéal**

Hyperstriation transversale

- **Sillons** ou **lignes de Beau**, reproduisant la lunule : ralentissement ou arrêt de croissance de l'ongle du à une agression systémique (traumatisme, maladie infectieuse sévère…)
- **Onychotillomanie** (refoulement maniaque des cuticules du pouce à l'aide de l'index) : déformation des tablettes unguéales, généralement des pouces, avec cuticule absente et périonyxis excorié

Dépression ponctuée

- **Aspect en « dé à coudre »** : **psoriasis** surtout, parfois autre dermatose
- Forme sévère : tablette remplacée par une **structure para-kératosique**, **blanchâtre, friable**

Atrophie des ongles

= **Réduction de l'épaisseur de la tablette unguéale**, avec fragilité et aspect irrégulier de l'ongle
- Indolore
- Peut évoluer vers la disparition complète de l'ongle, remplacé par un tissu cicatriciel
- Cause : - **Traumatisme répété** : **onychotillomanie**…
  - **Dermatose inflammatoire** : **lichen**, **maladie du greffon vs hôte**, **dermatose bulleuse**

Mélanonychie longitudinale

Chez les sujets à peau pigmentée	= **Physiologique**, généralement multiples, apparaissant avant l'âge adulte
Chez les sujets blancs	**- Simple dépôt de pigment** (activation mélanocytaire) **- Prolifération mélanocytaire : -** Bénigne : **lentigo, naevus** - Maligne : **mélanome** ➝ **Surveillance** ou **biopsie** selon le contexte

Atteinte du lit

Onycholyse

= **Décollement de la tablette unguéale** :
- **Mécanique** : aspect d'onycholyse blanchâtre
- Infectieuse : **mycose**
- Inflammatoire : **psoriasis**, **eczéma**, **lichen**…
- **Professionnelle** : microtraumatismes répétés, exposition à l'humidité, manipulation de produits caustiques

➝ **Onycholyse jaunâtre** : le plus souvent d'origine **mycosique** ou **psoriasique**
➝ **Onycholyse psoriasique** : distale, souvent cernée par un liseré érythémateux et associé à une hyperkératose sous-unguéale blanchâtre

Périonyxis

- **Infectieux à staphylocoque** (aigu) ou **candidose** (chronique) ± **onycholyse** secondaire
- **Psoriasis** : souvent associé à des irrégularités de surface de la tablette unguéale

Atteinte d'un seul doigt

➝ Toute onychopathie d'un seul doigt, traînante et inexpliquée, avec déformation de la tablette unguéale doit faire suspecter une **tumeur de l'appareil unguéal** ➝ **biopsie cutanée matricielle**
- Bénigne : **tumeur glomique** (douloureuse au moindre choc), **exostose sous-unguéale** (Rx)
- Maligne : **maladie de Bowen**, **carcinome épidermoïde**, **mélanome acral**

Aux orteils

Origine mycotique : 30% des cas seulement
- Souvent accompagnée d'autres atteintes mycosiques : **intertrigo inter-orteils, dermatophytie plantaire**
- Possible **surinfection fongique** d'une onychopathie mécanique ou psoriasique
- **Prélèvement mycologique** pour examen histologique avant tout traitement

Incarnation unguéale : fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune, favorisée par une tablette unguéale large et des parties molles péri-unguéales charnues ➝ **traitement chirurgical sous anesthésie locale**